

**PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE  
COMMISSARIO AD ACTA**

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario  
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.5.2015

**DECRETO**

N. 45

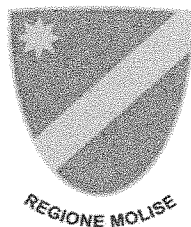
IN DATA 05/07/2016

**OGGETTO:** Accordo, ai sensi dell'art.9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza". Provvedimenti.

Il Direttore del Servizio

Il Direttore Generale

Visto: Il sub Commissario *ad Acta*



**PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE  
COMMISSARIO AD ACTA**

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario  
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.5.2015

**DECRETO**

N. 45

IN DATA 05/07/2016

**OGGETTO:** Accordo, ai sensi dell'art.9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza". Provvedimenti.

**PREMESSO** che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013 il Presidente *pro-tempore* della Regione Molise, dott. Paolo di Laura Frattura è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulle base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135), e di procedere alla loro attuazione;

**VISTA** la successiva deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18 maggio 2015;

**ATTESO** che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario;

**VISTO** l'Accordo, ai sensi dell'art.9, comma 2, lett. c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", Rep. Atti n. 138/CU del 13.11.2014;

**CONSIDERATO** che la Regione Molise ha provveduto al recepimento del predetto Accordo con deliberazione della Giunta Regionale n. 243 del 26 maggio 2015;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad acta n. 68 del 17.11.2015, con il quale si è provveduto all'approvazione delle Linee guida per la riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenza Patologiche, non prevedendo, però, alcun intervento indirizzato in maniera specifici in termini di interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i minori e gli adolescenti;

**RAVVISATA** la necessità e l'urgenza di definire apposite Linee di indirizzo a riguardo;

**VISTO** l'allegato documento "Linee di indirizzo per la qualificazione della risposta all'emergenza-urgenza psichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza e dei percorsi di cura residenziali e semiresidenziali", che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

in virtù dei poteri conferiti con la deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013,

#### **DECRETA**

- di approvare l'allegato documento "Linee di indirizzo per la qualificazione della risposta all'emergenza-urgenza psichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza e dei percorsi di cura residenziali e semiresidenziali", che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dichiarare il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del Settore sanitario.

Il presente decreto, composto da n.3 pagine e da n.1 allegato sarà pubblicato sul BURM e notificato ai competenti Dicasteri.

**IL COMMISSARIO ad ACTA**  
**Paolo di Laura Frattura**





# Regione Molise

Direzione Generale per la Salute

## **Linee di indirizzo per la qualificazione della risposta all'emergenza urgenza psichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza e dei percorsi di cura residenziali e semiresidenziali**

### **PREMESSA**

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, riconosce tra le Aree di bisogno prioritarie, quella relativa ai disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza. Molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva e se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono determinare conseguenze assai significative in età adulta.

Si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio. Un sistema di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza richiede quindi la presenza di équipes multidisciplinari composte di tutte le professionalità necessarie a garantire interventi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali.

Il sopracitato PANSM pone come primo obiettivo la “realizzazione di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva” e individua tra gli obiettivi e azioni da realizzare per garantire i Livelli essenziali di assistenza, l'intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie e prevede che le Regioni provvedano ad emanare raccomandazioni su tale materia dando indicazioni relative ai luoghi e alle modalità con cui deve essere gestito, in maniera adeguata, il ricovero.

Tra gli obiettivi ed azioni il PANSM prevede altresì la definizione di percorsi di transizione verso i servizi per l'età adulta attraverso linee di indirizzo regionali e protocolli operativi.

Il documento "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 13 novembre 2014, stabilisce la necessità di definire standard di riferimento sia relativamente al fabbisogno territoriale per le attività ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, sia relativamente al fabbisogno di posti letto ospedalieri, anche considerando che le condizioni patologiche riguardano un target di popolazione non omogeneo che comprende soggetti dall'età infantile a quella adolescenziale.

Il documento descrive altresì come imprescindibile una migliore e più funzionale organizzazione dell'integrazione tra servizi di salute mentale per l'età evolutiva e per l'età adulta, con l'elaborazione di modelli operativi innovativi che prevedano la creazione di équipes integrate dedicate alla prevenzione, all'intervento precoce e alla continuità del percorso di cura.

Il Molise sconta l'assenza di una rete integrata di servizi per la tutela della salute mentale dell'infanzia e adolescenza nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale e della Neuropsichiatria infantile; si registrano criticità nella presa in carico per la fascia adolescenziale, soprattutto al momento dell'acuzie, nonché la transizione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia di età 15-21 anni).

Emerge la necessità di:

- definire il percorso terapeutico complessivo relativo ai disturbi psichici gravi, percorso che, quando necessario, può prevedere anche l'attivazione del ricovero e l'accoglienza in strutture semiresidenziali e residenziali;
- fornire specifici indirizzi all'ASReM per migliorare l'appropriatezza e il coordinamento degli interventi, con particolare attenzione all'acuzie psichiatrica e alla qualificazione dei percorsi semiresidenziali e residenziali quali parte della rete integrata di cura, e favorire l'integrazione tra i servizi di salute mentale per l'infanzia e adolescenza e per gli adulti.

## **LA RETE DEI SERVIZI PER L'ACCOGLIENZA E LA CURA DEI MINORI CON DISTURBI PSICHIATRI GRAVI: PUNTI CRITICI E PRIORITA'**

I disturbi psicopatologici dell'infanzia e dell'adolescenza rappresentano un grave problema medicosociale per la loro incidenza in continuo aumento, per la possibile gravità delle manifestazioni cliniche (sovente rappresentate da momenti di acuzie o di crisi) che può rendere difficoltosa la gestione del paziente in ambito scolastico e familiare, per la non sempre agevole diagnosi e, soprattutto, per la necessità di instaurare interventi terapeutico riabilitativi precoci, efficaci e calibrati sul singolo paziente al fine di curare e prevenire la drammatica evoluzione verso quadri psichiatrici più gravi e più tipici dell'età adulta.

Come sottolineato dal già citato documento "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", la complessità dei bisogni dei minori con disturbi psichici gravi richiede un sistema coordinato e fortemente individualizzato di cura e ad elevata flessibilità e integrazione tra agenzie coinvolte e tipologia di offerta

E' importante costruire percorsi integrati e in rete, che possano garantire una continuità di cure attraverso differenti livelli, da quello domiciliare, al coinvolgimento degli operatori.

## **LE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI TERAPEUTICHE PER MINORI CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE**

Le strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche sono dedicate al trattamento di Minori con patologia psichiatrica che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi, associati ad interventi di supporto socio-sanitario e inclusione sociale nei contesti di vita del minore.

Rappresentano una importante componente della rete dei servizi di salute mentale infanzia e adolescenza.

Le strutture semiresidenziali e quelle residenziali, pur avendo entrambe finalità riabilitative, hanno indicazioni e caratteristiche differenti.

Le semiresidenze forniscono un servizio diurno, ospitando un'utenza con bisogni assistenziali che consentono la permanenza nell'ambito familiare e nel contesto socio educativo di riferimento, e dunque rappresentano l'intervento da privilegiare nel trattamento dei disturbi neuropsichici dei minorenni, anche al fine di prevenire la necessità

di ricovero ospedaliero o di inserimento in struttura residenziale terapeutica e di ridurre al minimo la durata.

L' inserimento residenziale è, invece, collegato alla presenza di bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi maggiormente intensivi, non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale.

### **Contrasto dell'istituzionalizzazione.**

E' noto come l'istituzionalizzazione, specie se prolungata, possa avere ricadute negative sul percorso di crescita e sviluppo dei minorenni e sulla loro integrazione nel contesto di appartenenza.

La permanenza nelle strutture va pertanto limitata al tempo indispensabile a garantire la terapeuticità necessaria.

Elemento importante per contrastare l'istituzionalizzazione è la presenza di criteri di appropriatezza relativi all'inserimento e alla sua durata, la connotazione puntuale dei percorsi di cura in rapporto alle caratteristiche del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato adottato e la presenza di strutture territoriali, semiresidenziali e di ricovero per gestire adeguatamente tutte le fasi del percorso.

### **La territorialità.**

Come richiamato nel sopra citato documento nazionale "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", è opportuno che gli inserimenti residenziali terapeutico riabilitativi dei minori con disturbi psichiatrici non avvengano a significativa distanza dal luogo di residenza in quanto ciò implicherebbe numerose conseguenze negative, rendendo più difficile il raccordo tra struttura residenziale e servizio inviante, il mantenimento delle relazioni significative, il reinserimento sociale nell'ambiente di provenienza.

Si sottolinea, pertanto, l'importanza che l'inserimento venga effettuato in una struttura ubicata vicino al territorio di residenza al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale, fatto salvo quando vi sia specificamente la necessità di un allontanamento.

### **L'integrazione socio-sanitaria.**

Nei minorenni con disturbi psichiatrici, nella maggior parte dei casi, sono necessari interventi sanitari (terapeutico riabilitativi) e interventi sociali (educativo pedagogici, sostegno alle famiglie ecc.), con una prevalenza variabile fra gli uni e gli altri. Tale necessità si propone anche quando i minori sono inseriti in strutture residenziali. Le strutture residenziali terapeutico riabilitative sono a gestione sanitaria e le strutture residenziali socio educative sono a gestione sociale.

Le presenti linee di indirizzo intendono altresì fornire indicazioni sulle strutture a carattere socio educativo che prevedono interventi a carico dei servizi sociali con supporto sanitario da attivare tramite opportuni protocolli di collaborazione.

### **Rapporti con il Tribunale per i Minorenni.**

L'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche di minorenni con disturbi psichiatrici può essere richiesto dal Tribunale per i Minorenni, sia nell'ambito della tutela, sia per provvedimenti penali. In tali casi deve essere attivata una concertazione tra la Magistratura minorile. I DSM, il Servizio di Neuropsichiatria, i servizi territoriali al fine di

individuare, tramite una valutazione congiunta, gli interventi più appropriati ed efficaci per ogni singolo caso, con l'eventuale collaborazione dei servizi sociali.

### **Transizione dalla minore età all'età adulta.**

Il passaggio alla maggiore età rappresenta una fase assai delicata, che non sempre coincide con la chiusura di un percorso e l'apertura di un altro. Richiede pertanto la stretta integrazione tra servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta, inclusa l'individuazione di modalità che consentano l'eventuale prosecuzione del percorso terapeutico nell'ambito della struttura residenziale o semiresidenziale per minorenni anche dopo il compimento del diciottesimo anno, previa valutazione congiunta tra gli operatori di riferimento dei servizi dell'età evolutiva e dei servizi dell'età adulta, per un periodo comunque breve, per obiettivi specifici e nell'ambito di una progettualità condivisa tra i servizi e con l'utente e la famiglia, nel rispetto dei bisogni clinici e riabilitativi del soggetto.

### **Il Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale e il Programma terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale e semiresidenziale**

Il percorso di un paziente minorenne con disturbo neuropsichico, che necessita di interventi multiprofessionali, prevede la presa in carico da parte dell'équipe multiprofessionale che elabora un Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale; tale progetto deve sempre includere la diagnosi, con la descrizione della gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e del gruppo dei pari, le risorse e le potenzialità esistenti, le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali, i punti di forza e le criticità della famiglia e del contesto di riferimento. Deve inoltre riportare i trattamenti farmacologici utilizzati e i risultati ottenuti.

Il Progetto individualizzato deve contenere la sottoscrizione di un accordo di cura con il minore, con la partecipazione della famiglia, che è partner attivo, e il coinvolgimento dei competenti servizi sociali, della rete educativa/scolastica, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione al trattamento e il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola.

Il progetto contiene obiettivi, durata del programma, verifiche periodiche, aggiornamento dell'andamento, verifica e modalità di valutazione degli esiti per il minore e per la famiglia. In caso si ritenga necessaria l'attivazione di percorsi semiresidenziali o residenziali.

### **Assetto organizzativo**

#### **Personale**

Sia in ambito residenziale che semiresidenziale, l'équipe è multi professionale e deve prevedere la presenza di medici neuropsichiatri infantili, psicologi esperti nell'età evolutiva, educatori professionali e/o personale riabilitativo. La presenza di infermieri ed operatori sociosanitari (OSS) è indispensabile nelle strutture residenziali, mentre in quelle semiresidenziali può essere opportuna in base alle caratteristiche dell'utenza e del progetto di intervento. Per lo svolgimento di alcune attività specifiche può essere prevista la presenza di istruttori di attività esterni e/o l'affiancamento di soggetti del volontariato e del terzo settore su specifici progetti di supporto alle attività.

Nell'avvalersi dell'opera di soggetti del volontariato, che non potrà comunque in alcun caso essere sostitutiva delle attività istituzionali, le strutture dovranno prevedere specifiche procedure di *tutoring* e adeguati interventi formativi, nonché favorire il carattere continuativo della relazione del volontario con gli utenti.

Trattandosi di utenti minorenni, nel caso delle strutture residenziali, la presenza degli operatori deve sempre essere organizzata in modo da garantire nell'arco delle 24 ore la presenza e tipologia di personale adeguato alle differenti intensità assistenziali richieste. La multi professionalità deve essere garantita da momenti di compresenza programmata delle diverse figure professionali. Deve essere garantita un'attività di supervisione per il personale.

### **Modalità organizzative**

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governante* clinico assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Le strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per minori con disturbi psichiatrici, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Il progetto di intervento deve essere individualizzato e l'équipe multidisciplinare, cardine dell'intervento, deve coinvolgere come partner attivo il minore, la sua famiglia e il territorio di riferimento, favorendo l'integrazione delle componenti sanitarie, riabilitative e socioassistenziali e definendo chiaramente gli obiettivi e le modalità di valutazione degli esiti per il minore e per la famiglia.

La partecipazione attiva della famiglia e degli utenti al percorso terapeutico rappresenta un aspetto cruciale della presa in carico; ne consegue pertanto che l'assenso al trattamento da parte del minore e il consenso da parte dei suoi familiari è atto preliminare e indispensabile, che prosegue poi nel percorso successivo.

### **Percorsi di cura residenziali per le patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza**

L'inserimento residenziale è collegato alla presenza di bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale, o nei quali vi sia l'indicazione all'allontanamento temporaneo dal contesto familiare o sociale.

L'intervento residenziale rappresenta una delle possibili risposte terapeutiche al bisogno di alcuni degli utenti dei servizi e deve essere parte di un sistema completo di servizi fortemente integrato con la comunità locale.

L'intervento terapeutico e riabilitativo svolto con modalità residenziale deve sempre rappresentare un intervento temporaneo, fortemente orientato al proprio superamento e parte di un sistema complesso e integrato di servizi.

La residenzialità non deve in alcun caso divenire l'unico intervento in corso o prolungarsi eccessivamente.

È importante che l'inserimento in un percorso residenziale avvenga in una struttura ubicata a una distanza ragionevole dalla residenza del minore, e comunque nel territorio regionale, in modo da facilitare il mantenimento delle relazioni significative, ed i necessari raccordi tra struttura e servizio inviante, oltre al reinserimento nell'ambiente di provenienza.

Le strutture residenziali devono essere di ridotte dimensioni (**fino ad un massimo di 10 p.l.**).



Di norma, per giungere all'inserimento residenziale terapeutico è necessario che nell'ambito della presa in carico siano stati già attuati tutti gli appropriati interventi a minore intensità assistenziale, incluso quello psicofarmacologico.

### **Tipologie dei percorsi di cura residenziali**

La tipologia dei percorsi residenziali viene distinta per livello di intensità terapeutico riabilitativa: bassa, media, alta, che può richiedere maggiore o minore intensità assistenziale, correlato al grado di autonomia complessivo.

### **Standard personale**

Il citato documento "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" prevede che nelle strutture residenziali le figure professionali e il loro impegno orario siano definiti dalle Regioni in base alle attività terapeutico riabilitative necessarie e ai livelli di intensità assistenziale offerti.

### **Percorsi semiresidenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche**

Le semiresidenze forniscono un servizio diurno ospitando un'utenza con bisogni assistenziali che consentono la permanenza nell'ambito familiare e nel contesto socio-educativo di riferimento.

Rappresentano l'intervento da privilegiare nel trattamento dei disturbi neuropsichici dei minorenni, anche al fine di prevenire la necessità del ricovero ospedaliero o di inserimento in una struttura residenziale e di minimizzarne la durata..

Gli elementi comuni qualificanti dell'intervento riabilitativo e terapeutico svolto in modalità semiresidenziale sono sostanzialmente analoghi a quelli indicati per la residenzialità, anche se l'intervento può caratterizzarsi per un maggiore impegno educativo riabilitativo: accanto allo sviluppo e al raggiungimento delle principali abilità della vita quotidiana, l'intervento diurno può essere diretto a far evolvere comportamenti problematici, o a far acquisire abilità e competenze funzionali specifiche attraverso un intervento integrato ad alta intensità terapeutico educativo riabilitativa.

### **Indicazioni per l'accreditamento**

All'approvazione del presente documento farà seguito l'aggiornamento delle disposizioni regionali in materia di prestazioni semiresidenziali e residenziali per la salute mentale.

L'aggiornamento della disciplina regionale sarà in particolare orientato, in linea con l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 e con quanto stabilito dal citato documento "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 13 novembre 2014, a garantire la qualità organizzativa, di processo e di esito nelle strutture semiresidenziali e residenziali.